

Beiträge zur Lehre vom Ileus.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 26. Juli 1883

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Oscar Wetkamp

aus Beneschau O/S.

OPPONENTEN:

Herr Dr. Lagus, Assistenzarzt I. Classe.

- Dr. Sarganek, pract. Arzt.

- Dr. Strube, pract. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Vorübergehende und dauernde Versperrung der Darmpassage hat eine ganze Reihe von schweren Zufällen im Gefolge. Wir fassen alle diese Erscheinungen unter dem Namen: „Ileus“ zusammen. Die dabei sich abspielenden Symptome sind äusserst charakteristisch und bestehen in einer acut auftretenden, hartnäckigen Stuhlverstopfung mit enormer Aufgetriebenheit des Leibes, unter dessen Decken man die Därme sich auf- und abwinden sieht. Gewöhnlich ist dabei noch Erbrechen, und zwar meistentheils fäcaler Massen vorhanden. So beängstigend dieses Krankheitsbild im ersten Augenblick erscheint und ein durchaus energisches Eingreifen der Therapie verlangt, so nimmt diese Krankheit doch nicht immer blos einen acuten, stürmischen Verlauf, sondern zieht sich zuweilen über relativ lange Zeitintervalle hin. Wir unterscheiden demgemäss eine acute und chronische Form des Ileus.

Ich werde nun in kurzen Zügen auf die ätiologischen Momente der Krankheit eingehen und dabei die während meiner Studienzeit auf der Klinik des Geh. Ober-Med.-

Rath Herrn Dr. Frerichs beobachteten Fälle anführen. Ich glaube, dass eine Reproduction derselben in manchen Beziehungen von Interesse sein wird.

Verschliessungen des Darmlumens können bedingt sein durch 4 Causalmomente. Entweder hat sich im Darmcanal abnormer Inhalt angesammelt, zu dessen Wegschaffung die Darmperistaltik nicht mehr ausreicht oder anatomische und Lageveränderungen, sowie anormale Innervations-Zustände des Darmes und endlich Druck von Aussen auf die Därme verhindern eine Fortführung des Darminhaltes.

Zergliedern wir die eben besprochenen Causalmomente des Ileus, so lässt sich eine ganze Reihe von Bedingungen namhaft machen, unter denen jene zu Stande kommen.

Die häufigste Ursache des Darmverschlusses ist die Ansammlung von Ingesten, welche bei vorhandenem trägen Stuhlgang allmählig eine Eindickung erfahren und sich auf der Darmwand in Gestalt fester Massen niederschlagen. Jener Process findet in der Regel im Anfangstheil des Colon's statt, weil hier die schon zu festeren Ballen formirten Kothmassen bei ihrem Uebergang aus dem Dünndarm in den Dickdarm plötzlich in eine Erweiterung zu liegen kommen, von wo aus die Fortbewegung weniger lebhaft statthat. Ferner kann die Darmpassage unwegsam gemacht werden durch

Darmsteine, welche ihre Entstehung verdanken verschluckten, unverdauten Nahrungs-Bestandtheilen, die von Kothmassen eingehüllt werden, wie Obstkerne, Hülsen von Leguminosen. Auch Darmentozoen, sofern sie in grosser Menge vorhanden sind und sich zu grossen Ballen formiren, ebenso Gallensteine, wie Fremdkörper können das Darmlumen verlegen. Eine häufige Ursache der Darmverschliessung geben Geschwülste ab, die von der Innenwand des Darmes aus wuchern und so als Hinderniss für die Fortbewegung des Darminhaltes in die Darmlichtung hineinragen. Sehr oft geben Veranlassung zum vollkommenen Darmverschluss die äusseren und inneren Hernien, und zwar wenn sie in den Zustand der Einklemmung oder Incarceration gerathen. So theilt Dr. Heise in seiner Inaugural-Dissertation einen Fall, den auch ich zu sehen Gelegenheit hatte, aus der hiesigen medicinischen Klinik mit, in welchem die Symptome des Ileus auf eine hochgradige, dem Finger zugängliche Stenose des Mastdarms zurückzuführen sind. Ausserdem ergab die Obduction, dass das linke Foramen obturatorium durch eine Darmschlinge verlegt war. Der eine Schenkel derselben war ausserordentlich dünn, der andere dagegen um das fünf-fache erweitert. Nach Durchtrennung der Muskeln unterhalb des Ramus horizontalis pubis lag ein Sack vor, welcher die Grösse eines Gänseeies hatte und ein gangränös zerstörtes Darmstück darstellte. Der über der

Einklemmungsstelle gelegene Darmtheil war mit einer wässrigen-galligen Masse gefüllt. Es lag hier eine incarcerirte *Hernia obturatoria sinistra* vor, welche den Mastdarmverschluss verursacht hatte, da derselbe durch oberhalb der *Hernia* angesammelte Kothmassen comprimirt wurde.

Innere Hernien entwickeln sich in vielen Fällen dadurch, dass pseudomembranöse Stränge und Fäden entstehen, welche Ueberbleibsel vorausgegangener peritonitischer Entzündung sind und entweder abnorme Verwachsungen der Baueingeweide unter einander, oder mit den Bauchdecken hervorgerufen haben. Sie schnüren auf diese Weise einen Theil der Darmschlingen ab und machen damit das Darmrohr unwegsam.

Namentlich bei Frauen wird diese Art der Einklemmung häufiger beobachtet, weil vom Uterus solche Fäden mitunter ausgehen. Es kann nach Rokitansky der Hohlraum zwischen Mastdarm und Uterus durch eine diaphragmaähnliche Platte bis auf eine mittlere Lücke, durch welche die Dünndarmschlingen hindurchtreten und sich einklemmen können, vom Bauchraum abgeschlossen sein. Seltener geben die natürlichen Spalten und Oeffnungen des Bauchraumes Veranlassung zu Incarcerationen. Solche inneren Einklemmungen werden an den wegen ihres langen Mesenteriums leicht beweglichen Schlingen des Dünndarms öfter beobachtet

als am Dickdarm. Hierher gehören innere Hernien, welche im Foramen Winslowii, in angeborenen oder in erworbenen Spalten und Löchern des Netzes und Gekröses, bei congenitalen Duplicaturen des Peritoneums und in der Fossa sigmoidea als *Hernia retroperitonealis* beobachtet sind.

Ferner bedingen häufig Knickungen und Axendrehungen die Undurchgängigkeit des Darmes. In meiner Arbeit werde ich einen einschlägigen Fall mittheilen, der eine ganze Reihe interessanter Complicationen darbietet.

Schon eine halbe Drehung des Darmes um seine Axe hebt sein Lumen auf. Die Vorgänge bei der Axendrehung gestalten sich verschiedentlich. Bald handelt es sich um eine Drehung des Darmes um seine eigene Axe — Fälle dieser Art beobachtet man am häufigsten an der Flexura sigmoidea — bald um eine Drehung des an ihm adhärirenden Mesenteriums; dies ereignet sich namentlich am Blinddarm und aufsteigenden Colon. Unmittelbar damit stehen die Knotenbildungen im Zusammenhang, indem sich Darmschlingen um andere herumgedreht haben und dieselben auf diese Weise zum Verschluss bringen, wie das zwischen S romanum und Dünndarmschlingen sehr oft zu Stande kommt.

Eine andere Art des Darmverschlusses ist die durch Invagination, wobei sich ein Darmabschnitt mit dem

dazu gehörigen Mesenterium in das Lumen des unterliegenden hineinschiebt. Der Mechanismus ihrer Entstehung ist dadurch gegeben, dass sich ein Darmabschnitt stark contrahirt, während der darauf folgende sich im Zustande der Erschlaffung und Ruhe befindet. Die Einschiebung erfolgt fast immer in der Richtung von oben nach unten, da die peristaltischen Bewegungen des Darmes die Richtung vom Magen zum After hin einhalten.

Dr. Leubuscher hat in seiner Inaugural-Dissertation die Resultate von Experimenten, welche er über die Entstehung der Darminvagination an Kaninchen angestellt hat, veröffentlicht. Es sollte namentlich die Ansicht geprüft werden, ob die Parese einer begrenzten Darmstrecke und in Verbindung hiermit eine aus irgend welchen Gründen angeregte heftige Peristaltik die ausreichenden Entstehungsbedingungen für eine Reihe von Invaginationen darstelle. Es wurde ein Darmstück kräftig mit Pincetten gequetscht, so dass es auf directe Reize nicht mehr reagierte. 2—3 Tage nachher erfolgte der Tod resp. die Tödtung des Thieres. Unter 12 derartigen Fällen sah Verfasser nur einmal eine Invagination, welche noch dazu aufsteigend war. In 6 anderen Fällen wurde theils das ganze Mesenterium eines 2 cm langen Darmabschnittes durchschnitten, theils nur die Nerven desselben. Hier erfolgte 2mal Invagination

jedoch nur in einer Länge von $\frac{1}{2}$ cm. In einem letzten Versuch endlich trat Invagination plötzlich an einer ganz zufälligen Stelle auf und Verfasser kam so zu dem Schluss, dass in seinen Versuchen eine Bestätigung der Lähmungshypothese kaum zu finden sei.

Diese Vorgänge werden sowohl am Dünndarm als auch am Dickdarm beobachtet. Nicht selten ist das untere Ende des Dünndarms in den Dickdarm eingeschoben. Ein derartiger Fall, ist von Groos (Berlin. Klinische Wochenschrift. 1870. pag. 395) beobachtet worden. Die Section ergab: Einschiebung des untersten Theiles des Ileum, Coecum, Colon ascendens und transversum in das Colon descendens. Im weiteren Verlauf können sich die Därme wieder auseinander schieben, ein Ereigniss, das auch bei frühzeitigem Erkennen dieses ursächlichen Momentes durch therapeutische Massnahmen sich vollziehen kann. Gelingt dies nicht, so entsteht eine adhäsive Entzündung der sich berührenden invaginierten Darmstücke. Mitunter steigert sich diese Entzündung und es tritt Gangränescenz des invaginierten Theiles und Ausstossung desselben ein.

So berichtet Hirschsprung¹⁾: Ein 7jähriger Knabe wurde im Spital aufgenommen nachdem er einige Tage vorher mit Schmerzen in der rechten Seite des Unter-

¹⁾ Virch. Hirsch Jahresberichte.

leibes plötzlich erkrankt war. Am 4. Tage stellte sich Erbrechen ein. Es wurde in der rechten Seite eine Geschwulst gefühlt, am 8. Tage fäculentes Erbrechen und am 10. Tage Entleerung eines 40 cm langen, wohl erhaltenen Dünndarmstückes. Nach ein paar Monaten starb das Kind an einer schnell verlaufenden Peritonitis.

Als eine weitere Form des Ileus ist diejenige zu erwähnen, welche durch abnorme Innervationsvorgänge verursacht wird. Am häufigsten sollen solche lähmungsartige Zustände der Darmwand am Dickdarm auftreten, indem die Kothmassen in Folge geringer Peristaltik stauen und damit zu den Zeichen des Darmverschlusses führen. Sie kommen besonders bei solchen Personen zu Stande, welche viel in sitzender Stellung arbeiten, bei Ueberreizung des Darmes mit allzulange gebrauchten Abführmitteln, finden sich aber auch bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. Selbst durch Verletzungen, welche die Bauchwandungen und indirekt die Wand des Darmes betroffen haben, scheinen Darm-lähmungen hervorgerufen werden zu können.

Wenigstens gehören die Fälle hierher, wo nach Reposition eingeklemmter Hernien die Zeichen der Incarceration fortbestehen und schliesslich zum Tode führen, obgleich durch die Obduction das Vorhandensein eines Hindernisses sich nicht nachweisen lässt. Die Lähmung ist in einem derartigen Falle entweder

durch die vorausgegangene Einklemmung oder durch die Repositionsversuche bedingt. Bei der Compression des Darmes von Aussen her kann jedes Baueingeweide zum Ausgangspunkt der Krankheit werden. Besonders oft gehen solche Compressionen von den Beckenorganen aus. Geschwülste des Uterus und der Ovarien geben zur Entstehung von Darmverschliessungen Veranlassung.

Ein solcher Fall ist von Dr. Günther in seiner Inaugural-Dissertation beschrieben worden. Es handelt sich um eine 31 Jahr alte Frau, welche 3mal geboren und stets normale Wochenbetten durchgemacht hatte. Ungefähr ein halbes Jahr nach ihrer letzten Entbindung nahm sie an Leibesumfang immer mehr und mehr zu. Sie klagte über Schmerzen im Abdomen, es traten Obstipationen auf, welche an Intensität zunahmen, bis schliesslich die Defäcation vollkommen ausblieb. Weder Abführmittel noch Injectionen in den Mastdarm waren im Stande, eine Darmentleerung herbeizuführen. Schliesslich stellte sich bei genauer Untersuchung heraus, dass der vorhandene Darmverschluss durch einen Ovarientumor verursacht wurde. von Langenbeck führte die Ovariectomie aus. Es ergab sich eine Verwachsung des Darmes mit dem um seinen Stiel gedrehten Tumor. Die Adhärenzen wurden durchschnitten, der Tumor selbst entfernt und Patientin mit einem vollkommen durchgängigen Darmcanal aus der Anstalt ent-

lassen. Besonders wichtig ist die Retroflexio uteri gravid, welche zugleich auf Blase und Mastdarm zu drücken und damit Retentio urinae und Kothverhaltung zu verursachen pflegt. Auch kann es vorkommen, dass eine mit Faeces prall gefüllte Darmschlinge auf eine in der Nähe befindliche eine so kräftige Compression ausübt, dass in dieser selbst ein Verschluss entsteht.

Unter den anatomischen Veränderungen der Darmwand werden Verschliessungen des Darmlumens am häufigsten durch narbige Stricturen bedingt. Besonders sind die syphilitischen und dysenterischen Darmulcerationen dafür bekannt, dass sie Narben setzen, welche sich fortschreitend verengern und schliesslich einen vollkommenen Darmverschluss herbeiführen. Mitunter bewirken Geschwülste welche von der Innenwand des Darmes aus entstehen eine Verschliessung des Darmlumens. Hierher gehören die Neubildungen, von denen man zwei, ebenso wohl hinsichtlich ihres Verlaufes und der Dauer, als auch der Prognose wesentlich verschiedene Gruppen unterscheidet, nämlich die gutartigen und die malignen Neoplasmen. Während erstere meist in Gestalt polypöser Geschwülste von einer umschriebenen Stelle der Darmwand aus ins Darmlumen hineinragen und obturirend wirken, führen die malignen Neubildungen nicht nur auf diesem Wege, sondern besonders auch dadurch zu Verengerungen resp. Verschliessungen

des Darmlumens, dass sie in raschem Wachsthum gürtelförmig im Darme sich ausbreiten und ganz erhebliche Stricturen veranlassen.

Ogleich das Symptomenbild des Ileus sich immer gleich bleibt, so ist es dennoch ausserordentlich schwer, ja unter Umständen ganz unmöglich, die Ursache und den Sitz des Hindernisses zu ermitteln, wie nachstehender Fall beweist.

Ich erlaube mir denselben ausführlich mitzutheilen, weil noch bei ihm eine Reihe von Erscheinungen beobachtet wurde, wie sie ähnlich in der Literatur, so weit ich mir dieselbe zugänglich machen konnte, nirgends existiren.

Anamnese:

Patientin, eine 70 jährige Maurerwittwe, Namens Luise Sch. will in ihrer frühesten Jugend an paroxysmenweise auftretenden, krampfartigen Schmerzen in der Magengegend gelitten haben, dann aber längere Zeit frei von Beschwerden geblieben sein. Vor ungefähr 12 Jahren stellten sich jene Attaquen wieder ein, die besonders heftig wurden bei Einführung flüssiger oder fester Nahrung. In Folge des geringen Nahrungsbedürfnisses und der unzureichenden Nahrungseinfuhr nahmen die Körperkräfte der Patientin immer mehr und mehr ab. Die Schmerzen wurden seit Februar 1883

intensiver, breiteten sich allmählig über den ganzen Unterleib aus, welcher auf Druck empfindlich wurde. Bald gesellte sich Erbrechen hinzu. Die erbrochenen Massen rochen exquisit fäculent. Da die erwähnten Beschwerden in der letzten Zeit noch heftiger wurden liess sich Patientin am 16. Juni 1883 in die Charité aufnehmen.

Status praesens.

Patientin, ein mittelgrosses, knochiges, sehr abgemagertes Individuum mit schlaffen Hautdecken, runzligem Gesicht, hervorstehenden Backenknochen, erbricht sich sehr häufig. Die gelbgrau gefärbten, erbrochenen Massen enthalten fäculent riechende Ballen, welche sich nach ruhigem Stehen sedimentartig auf den Boden des Gefässes senken.

Das Sensorium ist vollkommen frei, Kopfschmerz nicht vorhanden; Schlaf häufig unterbrochen. Sie klagt über Leibschmerzen und starke Schweissabsonderungen, welche sich besonders des Nachmittags einzustellen pflegen.

Die Haut der Patientin ist sehr schlaff; aufgehobene Falten gleichen sich erst langsam aus; die Schleimhäute sind blass. Die Extremitäten und Prominenzen des Körpers fühlen sich kühl an und sind mit klebrigem Schweiss bedeckt. Das Abdomen ist stark aufgetrieben,

Druck auf dasselbe ist nicht empfindlich. Die Peristaltik der Därme zeichnet sich auf den Bauchdecken nicht ab. Die Inspection des Rückens ergiebt eine leichte Kypho-Scoliose nach rechts.

Ueber den Lungen hört man besonders rechts oben crepitirende Rasselgeräusche; den Herzstoss fühlt man im 5. Intercostalraum. Die Herzdämpfung liegt innerhalb der normalen Grenzen. Die Herztöne sind rein. Die obere Grenze der Leberdämpfung beginnt am oberen Rande der fünften Rippe, die untere Grenze lässt sich nicht genau bestimmen, die Dämpfung zieht sich bis zum Nabel hin fort. Die Milzdämpfung beginnt im achten Intercostalraum und reicht bis zum unteren Rande der 11. Rippe.

Der Urin wird spärlich gelassen, ist dem entsprechend dunkel gefärbt und enthält reichliche Mengen von Indoxyl. So ergiebig auch die Entleerungen des Darminhaltes auf widernatürlichem Wege vor sich gehen, so hartnäckig zeigt sich die Verstopfung des Stuhlganges.

18. 6. 83. Patientin erhält wiederholt Eingiessungen, worauf mässiger Stuhlgang erfolgt. Innerlich wird Opium in grösseren Gaben verabreicht. Das Erbrechen von Kothmassen besteht fort und zwar in reichlicherem Maasse wie gestern und vorgestern. Sie liegt stupide da und klagt über Durst, Leibschmerzen und allgemeines Schwächegefühl.

19. 6. 83. Die Schmerzhaftigkeit des Leibes ist bei Berührung erhöht. Stuhlgang spontan nicht erfolgt.

20. 6. 83. Der Leib ist stärker aufgetrieben als gestern. Patientin erbrach im Laufe des Tages grosse Mengen kothiger Massen.

21. 6. 83. Heut besteht fortwährendes Erbrechen fäculenter Massen. Durch Eingiessungen wird nur geringer Stuhlgang erzielt.

Dieser Zustand blieb trotz energischer Medication bis zum 26. unverändert. Unter Collapserscheinungen trat am Nachmittag des genannten Tages der Exitus letalis ein.

Sectionsbericht.

Mittelgrosse, weibliche Leiche von stark senilem Habitus. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben, Haut schmutzig weiss mit zahlreichen Schwangerschaftsnarben.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle sieht man eine Anzahl prall gefüllter röthlich-grauer, unregelmässig fleckig injicirter Dünndarmschlingen vorliegen, die etwas trocken, leicht getrübt sind, hier und da miliare, linsengrosse, graue Knötchen enthalten. Sehr zahlreiche, ähnliche Knoten von mehr grauröthlicher Farbe oder markig weissem Aussehen befinden sich auf dem Peri-

toneum parietale, im Netz und Mesenterium, wo sie stellenweise zu grossen, flachen Verdickungen zusammengefloßen sind. Die Leber ist mit ihrer Umgebung so fest verwachsen, dass man überall derbe Adhäsionen durchtrennen muss. Bei Entfernung des Brustbeins stösst man zwischen Leber und Herz rechts von der Mittellinie auf eine derbe, schwielige, anscheinend krebsige Neubildung.

Die rechte Lunge vollständig verwachsen; die linke ist frei, ihre Pleura glatt. Die Alveolen sehr gross, in dem interlobulären Gewebe zahlreiche kleine Knötchen. Das Gewebe der linken Lunge durchweg lufthaltig. Die rechte Lunge ist nur mit grosser Mühe herauszubringen, ihr unterer Lappen ist etwas zusammengedrückt, lufthaltig und ein wenig ödematös. Die Pleura diaphragmatica ist in eine dicke, theils fibröse, theils krebsige Schwiele verwandelt.

Das Herz ist von mittlerer Grösse, mit reichlichem Fettgewebe umgeben; die Höhlen mässig weit. Wandungen dünn, braun; der Arcus aortae fühlt sich von Aussen wie ein starres, beim Anschlagen mit dem Messer klingendes Rohr an. Mitralis zackig und hart, Ostium aortae verengt. Beim Hineinfassen weiten sich die Klappensegel scharf und hart, als wenn man Glasplitter anfühlt.

Die Milz ist gleichfalls überall verwachsen. Der

Magen ist vollständig leer, fühlt sich äusserlich weich und dünnwandig an. An seinem Pylorustheil geht er in einen sehr derben Geschwulstknoten über, welcher die ganze Gegend der Gallenblase, Flexura coli dextra und den oberen Theil des Colon ascendens einnimmt.

Bei der Herausnahme trifft man auf den cystisch erweiterten Ductus choledochus, welcher theils mit eingedickter Galle, theils mit steinigen Concrementen gefüllt ist. Das Colon ascendens ist untrennbar mit der unteren Fläche der Leber verwachsen. Dicht über die Ileocöcalklappe sieht man eine tiefe, ringförmige Strictur im Coecum, in deren Bereich eine winklige Knickung des Darms und ein ausserhalb der Serosa liegender, vom Coecum abgekapselter Abscess gefunden wird. Die Wand des Coecum zeigt blasse Schleimhaut. An einer Stelle ist die Wand des Blinddarmes sehr derb und angelöthet an die vorerwähnte Geschwulstmasse. Der Anfang des Colon ist noch einmal blinddarmähnlich erweitert, dann aber so eng, dass man kaum mit der Fingerspitze den weiteren Weg finden kann. Dieser Weg nimmt 2 verschiedene Richtungen, einmal führt ein kurzer, kaum 2 cm messender Gang nach dem Pylorus, während nach Ueberschreitung einer längeren Strictur ein zweiter Canal sich in das Lumen des Colon transversum fortsetzt. Am Pylorus besteht ein ringförmiges Krebsgeschwür, durch welches man einerseits in das

Duodenum, andererseits in der erwähnten Weise in's Colon gelangt.

Der Dünndarm ist mässig dilatirt, enthält dünnen sehr übelriechenden Koth, die ganze Wand etwas verdickt. Die Schleimhaut schiefrig.

Die Leber ist atrophisch, ohne Metastasen. Die Nieren gross, blutreich, etwas faulig, rechts eine haselnussgrosse Cyste. Rindensubstanz schwach getrübt.

Der Magen ist erweitert, seine Schleimhaut gleichmässig geröthet; an der vorderen Wand sitzt ein sehr weiches, halbkugliges, gegen die Umgebung scharf abgesetztes Carcinom, an dessen Oberfläche beim Aufgiessen von Wasser weiche Geschwulstfetzen sich erkennen lassen. Weitere Metastasen sind nirgends aufzufinden.

Diagnose.

Ulcus carcinomatosum pylori perforans colon transversum. Carcin. metast. ventriculi. Peritonitis chronica et pleuritis carcinomatosa dupl. Oedema pulmon. Endaortitis calcificans. Atrophia hepatis. Dilatatio ilei.

Epikrise.

Es handelte sich also in unserem Falle um eine 70jährige, sehr heruntergekommene Person, bei der die Erscheinungen der Darmstenose schon seit Februar bestanden. Das cachectische Aussehen der Patientin, das hohe Alter, die Percussion der Leber,

welche bedeutend vergrössert schien — die Palpation der Leber konnte wegen des stark aufgetriebenen Abdomens nicht ausgeführt werden — führten zur Annahme eines Carcinoms in den Unterleibsorganen, dessen Sitz mit Wahrscheinlichkeit in den Darm selbst verlegt werden musste, doch liessen sich hierfür geeignete Beweise nicht beibringen. Die Obduction zeigte nun, dass ein Magencarcinom das ursächliche Moment des Ileus abgab. Durch peritonitische Entzündung hatten sich Verlöthungen gebildet, welche im Laufe der Zeit Lageveränderungen der mit einander verwachsenen Theile bewirkten. Es war hier der Anfangstheil des Dickdarms aus seiner normalen Lage gebracht worden, wodurch sich eine winklige Knickung des Darms gebildet hatte. Es deutete in diesem Falle kein Symptom auf Carcinoma ventriculi hin, zumal neben der Unmöglichkeit der Palpation das für Magenkrebs charakteristische Symptom von Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen in Folge der abnormen Communication zwischen Magen einerseits und Colon resp. Duodenum andererseits fehlte.

Wenn auch alle die Fälle von Ileus, welche durch destructive Processe im Darme bedingt sind, tödtlich enden müssen, so gestaltet sich doch die Prognose im Grossen und Ganzen nicht so ungünstig, sobald nur einfach mechanische, nicht auf der Bildung von Neoplasmen beruhende Verhältnisse zur Absperrung des Darmlumens

Veranlassung geben. Es bedarf dann zuweilen nicht einmal einer eingreifenden Procedur, um die Darmstenose zu lösen, sondern durch einfache therapeutische Massnahmen, wie massenhafte Eingiessungen etc. können die Erscheinungen des Ileus nicht selten schnell zum Verschwinden gebracht werden.

Ich führe hier noch zum Schluss mehrere, auf der medicinischen Klinik beobachtete Fälle von Ileus an, bei denen derartige einfache Verhältnisse obwalteten, um zu zeigen, wie selbst die mit äusserst stürmischen Erscheinungen auftretenden Darmstenosen durch sofortige, zweckmässige, dabei verhältnissmässig einfache, therapeutische Eingriffe schnell beseitigt werden können. Andererseits lehren diese Fälle, dass der Organismus selbst lange Zeit Verschlissungen des Darmes ertragen kann, wenn nur zeitweise eine Ausstossung der angestauten Fäcalmassen, sei es auch nur durch die ersten Wege des Digestionstractus, erfolgt.

1. Fall.

Anamnese: Dorothea S., verheirathet, 39 Jahre alt, erkrankte plötzlich ohne vorausgegangene, bemerkenswerthe Symptome in der Nacht vom 16. zum 17. Februar mit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; dazu traten Uebelkeit und Erbrechen. Nach Morphinumgebrauch und kalten Umschlägen liessen die

Schmerzen nach und traten nur selten mit kolikartigem Charakter auf. Seit dem 17. 2. 82. war der Stuhl retardirt und konnten weder durch Laxantien noch durch Eingiessungen Entleerungen hervorgerufen werden. Am 22. 2. sind 2mal fäcale Massen erbrochen worden. In der darauf folgenden Nacht hat Patientin etwas dünnen Stuhl gehabt.

Status praesens 23. 2. 82: Patientin, eine grosse, abgemagerte Person, klagt über kolikartige Schmerzen im Leibe und Unfähigkeit, Stuhl zu entleeren. Der Leib ist enorm aufgetrieben. Man sieht die durch Gas prall gespannten Darmschlingen als quer verlaufend und durch seichte Furchen von einander getrennte Wülste unter den Bauchdecken, an deren beständiger Lageveränderung und wellenförmiger Bewegung die Lebhaftigkeit der Darmperistaltik zu erkennen ist. Per vaginam fühlt man eine circumscripte resistente Stelle rechts vom Uterus, welche bei Berührung Schmerzen verursacht. Der Urin zeigt starke Indoxylreaction.

Nach mehreren Eingiessungen nahmen die anfangs dünnen Stühle eine festere Form an. Die subnormalen Temperaturen stiegen wieder auf ihre normale Höhe. Vom 6. 3. 82. ab erfolgte bereits Stuhlgang ohne Eingiessung, so dass Patientin am 8. 3. aus der Anstalt entlassen werden konnte.

2. Fall.

Anamnese: Emma S., unverheirathet, 22 Jahr alt, erkrankte vor 3 Jahren mit anfallsweise auftretendem Erbrechen. Dasselbe stellte sich anfangs alle 2—3 Monate ein, wurde aber schliesslich so häufig, dass alle 2—3 Tage Erbrechen eintrat und zwar nicht in bestimmter Zeit nach Mahlzeiten, sondern oft des Nachts und ohne dass Patientin etwas genossen hatte. Die erbrochenen Massen rochen schlecht, schmeckten ekelhaft säuerlich, waren von gelblicher Farbe, oft von breiiger Consistenz. Dabei bestanden während und nach dem Erbrechen wasserdünne Stühle. Da sonst der Stuhlgang träge war, musste Patientin häufig Abführmittel nehmen, welche jedoch wirkungslos blieben und sogar oft Leibschmerzen verursachten. Seit circa 7 Wochen ist der Leib angeschwollen. Schon seit längerer Zeit bemerkt Patientin, dass sich harte Massen in von aussen sichtbarer Weise „wie Schlangen im Bauche“ verschieben. Sie wurde mit Abführmitteln, Carlsbader Salz und Clysmen, aber ohne Erfolg behandelt.

Status praesens 4. October 1882: Ein 22jähriges Mädchen von ziemlich grosser Statur, dürrtiger Muskulatur, geringem Fettpolster, gracilem Knochenbau, blasser, ziemlich trockener Haut, nimmt die active

Rückenlage ein. Schon von Weitem hört man lautes Gurren und Kollern, welches wenige Sekunden lang andauert, um dann stets nach einigen Minuten wiederzukehren. Stuhlgang hat Patientin spontan gar nicht; es werden ihr täglich warme Eingiessungen gemacht, worauf dünne, lehmige Stühle entleert werden und zwar unter heftigen Schmerzen. Erbrechen tritt oft auf und meistentheils 1—2 Stunden nach der Mahlzeit; man erkennt deutlich in den erbrochenen Massen unverdaute Speisereste. Während des Essens hat Patientin stets heftige Magen- und Leibschmerzen. Urin kann Patientin nur in geringer Menge lassen, derselbe, etwa 500 ccm in 24 Stunden, ist trübe rothbraun, ohne Eiweiss, dagegen von reichlichem Indoxylgehalt.

Das Abdomen ist stark aufgetrieben und zweitweise, besonders wenn sich das Kollern im Leibe einstellt, sieht man die durch Gas prall gespannten Darmschlingen, an welchen die lebhafteste Darmperistaltik leicht zu erkennen ist.

An den Lungen lässt sich nichts Pathologisches nachweisen. Die Herzdämpfung beginnt am oberen Rand der 3. Rippe, die Leberdämpfung am unteren Rand der 5.

Milz und Leber sind nicht deutlich herauszupercutiren, da fast überall durch übergelagerte Darmschlingen tympanitischer Schall zu hören ist. Nach einer 4mo-

natlichen Behandlung, während welcher Zeit spontaner Stuhlgang mit totaler Stuhlverstopfung abwechselte, konnte sie die Anstalt verlassen, da in den letzten Tagen ihres Aufenthaltes in der Charité die gesteigerte Peristaltik und die heftigen Leibschmerzen zum Verschwinden gebracht wurden.

3. Fall.

Anamnese: Patientin A. B. Maurerfrau, 39 Jahr alt, hat in ihrer Jugend oft an Magenbeschwerden gelitten. Seit Mai 1882 klagt sie über heftige constringirende Schmerzen im Epigastrium. Sie will zuweilen mehrere Tage hindurch von diesen Beschwerden frei gewesen sein, jedoch kehrten dieselben dann in der erwähnten Weise wieder. Einem derartigen Schmerzparoxismus folgte stets ein lebhaftes Frostgefühl; ausserdem gesellten sich noch krampfartige Schmerzen in den unteren Extremitäten, besonders in den Waden und stechende Schmerzen in der rechten Schulter hinzu. Ferner wird Patientin seit der angegebenen Zeit von häufigem Erbrechen geplagt, welches gewöhnlich einige Stunden nach dem Essen auftritt. Zuweilen stellt sich Aufgetriebenheit des Abdomens ein und zwar so, dass sich die einzelnen Darmschlingen als leicht peristaltische Bewegungen ausführende Hervorragungen kennzeichnen. Der Appetit ist schlecht.

Stuhlgang unregelmässig, in den letzten Tagen Diarrhoe.

Status praesens 1. September 1882: Kleine, schlecht genährte Frau. Gesicht und Hände stark cyanotisch. Abdomen eingezogen, auf Druck sehr schmerzhaft. Einzelne Darmschlingen treten als pralle Wülste deutlich hervor. Der durch Bismuth. subnitr. beseitigten Diarrhoe folgte hartnäckige Stuhlverstopfung und heftiges Erbrechen. Auch diese Erscheinungen wurden schnell beseitigt, so dass Patientin bereits am 16. Oktober 1882 die Anstalt verliess.

In diesen drei Fällen ist jedenfalls nur eine Atonie des Darmes, welche zur Ansammlung von Fäcalien und dadurch zum Verschluss des Darmlumens führte, die Ursache des Ileus gewesen.

4. Fall.

Anamnese: Schlossermeisterfrau Namens P., 37 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie, hat 12 normale Puerperien durchgemacht. Zum letzten Mal wurde sie am 22. Mai 1881 entbunden. Am 26. Mai verliess sie bereits das Wochenbett. Seit dieser Zeit besteht Stuhlverstopfung. Es trat Appetitlosigkeit, Erbrechen und bedeutende Schmerzhaftigkeit des Abdomens ein. Dasselbe war oft stark aufgetrieben. Lautes Kollern und Gurren liess sich schon von Weitem deut-

lich wahrnehmen. Da die Schmerzen immer heftiger wurden und das Erbrechen nicht nachlassen wollte, suchte die Patientin die Anstalt auf.

Status praesens 30. Juli 1881: Abdomen stark aufgetrieben. Heftiges Erbrechen. Kräftige peristaltische Bewegungen. Uterus frei beweglich. Retroflexio uteri.

Der Uterus wurde reponirt. Patientin erhielt eine Eingiessung von 3 Liter, worauf Kothentleerung erfolgte. Seit dem 5. August spontaner Stuhlgang und kein Erbrechen. Gebessert bis auf Weiteres wurde sie am 8. August 1881 entlassen.

Da nach der Reposition des retroflectirten Uterus die Erscheinungen des Ileus sofort schwanden, wird wohl die Lageveränderung des Uterus jene Erkrankung verursacht haben.

Am Schlusse meiner Arbeit angelangt, erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Ober-Medicinalrath Professor Dr. Frerichs für die gütige Ueberlassung des Materials und Herrn Professor Brieger für das der Arbeit geschenkte liebenswürdige Interesse meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

THESEN.

I.

Die Schwemm-Canalisation ist die beste Methode, die Abfallstoffe einer Stadt zu beseitigen.

II.

Zur Heilung einer eitrigen Pleuritis ist nicht immer die Incision nothwendig.

III.

In der Behandlung der Syphilis ist die Methode der subcutanen Sublimatinjectionen der Inunctionscur vorzuziehen.

Verfasser, Oscar Wetekamp, am 2. April 1858 in Schillersdorf (Kreis Ratibor) O./S. geboren, evangelischer Confession, besuchte das Gymnasium zu Ratibor, welches er im September 1876 mit dem Zeugniß der Reife verliess. Im October 1876 als Student der Medicin an hiesiger Hochschule immatriculirt, bestand er am 13. März 1879 das Tentamen physicum und am 22. Juli 1881 das Examen rigorosum. Vom 1. October 1882 bis 1. April 1883 genügte er der ersten Hälfte seiner Militairpflicht im Garde-Füsilier-Regiment. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken etc. der Herren Bardeleben, du Bois-Reymond, Dowe, Fräntzel, Frerichs, Fritsch, Gurlt, Gusserow, Hartmann, von Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Koch, von Langenbeck, Lewin, Leyden, Liebreich, Peters, Reichert, Schröder, Schweigger, Virchow, Westphal, Zeller. Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen Dank aus.
